FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1969

TROMBOPHLEBITA VARICOASĂ

A

SAFENEI INTERNE ȘI TRATAMENTUL EI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 27 Iunie 1923

DE

GH. PARPALĂ

FOST EXTERN AL SPITALELOR EFORIEI

BUCUREȘTI

Tip. M. ANTONESCU, Soc. în nume colectiv, Luterană 20

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1969

TROMBOPHLEBITA VARICOASĂ

A

SAFENEI INTERNE ŞI TRATAMENTUL EI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ LA 27 Iunie 1923

DE

GH. PARPALĂ

FOST EXTERN AL SPITALELOR EFORIEI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Inv. Nr. 572198

BUCUREŞTI

Tip. M. ANTONESCU, Soc. în nume colectiv, Luterană 20

1923

Decan: D-l Profesor Dr. MINA MINOVICI

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	ANGELESCU C.
Chimia medicală	„ „	ATHANASESCU N.
Clinica chirurgicală, infantilă şi ortopedie	„ „	BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	BABEŞ V.
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	BESNEA ST.
Medicina experimentală	„ „	CANTACUZINO I.
Clinica ginecologică	„ „	DANIEL C.
Clinica II-a medicală	„ „	DANIELOPOL D.
Anatomia topografică II	„ „	GEROTA D.
Farmacia chimică şi galenică	„ „	GEORGESCU M.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I Clinica I-a chirurgicală	„ „	IONESCU TH.
Clinica III-a medicală	„ „	IONESCU D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	JIANU A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	LALU S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	METZIANU N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	MARINESCU GH.
Chimia analitică	„ „	MINOVICI ŞT.
Clinica infantilă	„ „	MANICATIDE M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	MEZINCESCU D.
Medicina legală	„ „	MINOVICI M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	MANOLESCU D.
Clinica I-a medicală	„ „	NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	NICOLAU ST.
Clinica mentală	„ „	OBREGIA AL.
Fiziologia umană	„ „	PAULESCU N.
Patologia generală	„ „	PROCA GH.
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	RAINER FR.
Zoologia medicală	„ „	SIHLEANU ST.
Botanica medicală	„ „	SOLACOLU T.
Patologia medicală	„ „	THOMESCU I. TH.
Clinica terapeutică	„ „	THOHARI A.
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	VINTILESCU I.

Profesori agregaţi:

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU C.

Juriul de promoţiune:

Preşedinte: D-l Prof. Dr. DANIEL C.

Membrii:
- D-l Prof. Dr. BĂLĂCESCU I.
- „ Conferenţiar Dr. JIANU I.
- „ Docent Dr. HRISTIDE E.
- „ „ „ GEORGESCU GR.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

UN CUVÂNT INAINTE

La sfârșitul studiilor medicale îmi îndeplinesc o datorie elementară aducând prinosul meu de admirație și adâncă recunoștință tutulor D-lor Profesori ai Facultății de medicină, care prin bună voința și munca lor neobosită au contribuit la educația mea medicală.

Domnului Profesor Dr. C. Daniel, pentru onoarea ce-mi face primind președenția acestei lucrări, cât și pentru cunoștințele medicale ce le-am căpătat în clinica D-sale cât timp am funcționat ca extern, îi exprim aci mulțumirile și omagiile mele respectuase.

Jiuriului meu de promoție profund respect.

Domnilor Profesori Dr. Bălăcescu, Prof. Dr. Nanu Muscel, Prof. Dr. Manicatide respectuoase mulțumiri pentru cunoștințele căpătate în clinicile D-lor.

D-lui Conferențiar Dr. Ion Jianu îi aduc mulțumiri și recunoștință pentru că mi-a inspirat subiectul acestei lucrări inaugurale, dându-mi tot de odată materialul clinic și instrucțiunile necesare pentru a duce la bun sfârșit această lucrare.

D-lor Doctori Topa, Dr. Stroe, Dr. Dănilă pentru amabilitatea și bunăvoința ce mi-au arătat în tot dauna le aduc mulțumiri.

Mamei mele îi închin această lucrare pentru dragostea

ce mi-a păstrat și pentru sacrificiile ce a făcut cu mine. Fraților și surorilor mele le voi păstra veșnic dragoste pentru iubirea ce-mi arată. Prietenilor și colegilor mei frumoase amintiri.

Pentru o bună înțelegere a celor ce vor urma, vom da mai întâi câteva date anatomice și fiziologice, vom descrie apoi pe scurt etiologia, patogenia, anatomia patologică, simptomele, evoluția și complicațiunile.

Vom reda o descriere mai amănunțită asupra tratamentului chirurgical, căutând ca din acesta din urmă să tragem concluziuni practice.

Am ales acest subiect, pentru că afecțiunea de care este vorba, este o afecțiune relativ frequentă care de multe ori poate să pună viața bolnavului în pericol și intervențiunea ce o recomandăm o susțin ca o metodă ce a dat rezultate bune.

I.

Vena safenă internă și circulația venoasă a membrului inferior

Safena internă rezumă aproape toată circulația superficială a membrului inferior, fiind în acelaș timp sediul de predilecție al varicelor. Este trunchiul colectiv cel mai important dintre venele superficiale atât din punct de vedere anatomic cât și chirurgical.

Lungimea acestei vine este de 80 cm. Ea are un diametru de 4—5 m. m. la origine și de 6—7 m. m. la îmbucătura sa în femorală.

Traiect.—Descrie un traiect vertical și o curbă cu concavitatea anterioară.

Incepe din partea internă a arcadei venoase, fiind situată mai anterior și mai superficial decât safena externă. Ajungând la nivelul articulației tibio-tarsiene trece pe dinaintea maleolei interne, urmează apoi un traiect ascendent paralel cu marginea posterioară a tibei, înconjoară condilul tibial, încrucișează condilul intern femoral și de aci către arcada crurală. Punctul său de vărsare este așezat la 2—4 cm. de arcadă și corespunde jumătății sale interne.

Raporturi. Situată imediat sub tegumente într'o dedublare a fasciei superficiale, este întovărășită de numeroase trunchiuri limphatice superficiale. La coapsă este întovărășită de nervul accesor al safenei interne, iar la gambă de nervul safen intern ambii ramuri din crural. Raporturile acestor filete nervoase sunt foarte intime cu vena.

La nivelul îmbucăturei sale formează o corsă. Safena internă posedă în regulă generală 12 perechi de valvule repartizate câte 4 pentru fiecare regiune. Numărul lor precum și forma lor anatomică joacă un rol important în pategonia varicelor.

Primește colaterale aferente numeroase dela picior și gambă, iar la coapsă cele mai principale sunt; venele ruşinoase externe, venele scrotale, vena dorsală superioară a penisului și venele subcutanate abdominale.

Anastomoze. Cele mai importante sunt: Anastomoza ascendentă ce-o unește cu safena externă, anastomoza cu venele profunde prin intermediarul venelor dorsale, plantare, safenotibiale anterioare, posterioare etc. Toate aceste anastomoze sunt valvulate și joacă un rol capital în circulația membrului inferior.

Circulația venoasă a membrului inferior. După cercetările lui Houzé asupra direcțiunei valvulelor, rezultă că la picior sângele circulă dela venele profunde către cele superficiale, la gambă și la coapsă în mod invers adică dela cele superficiale către cele profunde. Ledantu și Braune au confirmat acest lucru şi au arătat ce rol important joacă repaosul și mișcarea în circulația sângelui. Prin mișcare sângele este împins dela periferie către profunzime, prin repaosul în staţiune verticală sângele este jenat în circulaţiune.

Acest amănunt fiziologic ne explică pentru ce varicele sunt așa de frequente la indivizi a căror ocupaţiune îi obligă să stea prea mult în picioare. Principalele cauze ale circulaţiei venoase sunt: contracţiile inimei, contracţiile musculare şi mişcările respiratorii.

Ori ce obstacole în circulația sângelui venos sunt cauze predispozante pentru phlebite.

Cum safena internă este sediul cel mai frequent al vericelor membrelor inferioare unde jena în circulaţie se resimte mult, trombophlebita apare ca una din complicaţiile cele mai grave ale varicelor și cu o frequenţă destul de mare.

II.

Etiologie.

Trombophlebita varicoasă a safenei interne este o inflamaţiune venoasă ce apare ca o complicaţiune relativ frequentă a safenei interne varicoase.

Cauzele trombophlebitei varicoase sunt adesea complexe şi le putem divide în predispozante şi eficiente.

Cauzele predispozante sunt anatomice sau phisiologice. Alteraţiunile peretelui venos constituind o adevărată phlebită cronică, sunt un punct de apel pe care vine să se grefeze o phlebită acută sau subacută. Din acest punct de vedere inflamaţiunile phlebitice sunt mai frequente în varicele în serpentină, în acelea ce formeaza pachete sau adevărate tumori. Peretele venos varicos fiind inflamat în mod cronic, este apt pentru a încerca o inflamaţiune acută. Pentru aceasta însă, pe lângă modificările anatomice se mai adaugă şi turburări în circulaţia venoasă. Sângele circulă rău în venele varicoase şi stagnând în contact cu pereţi alteraţi, el se coagulează adesea. In majoritatea cazurilor înaintate de varice vom găsi la palpaţie într'un punct sau în mai multe puncte concreţiuni, care uneori dau o senzaţie de moleciune, alte ori o senzaţie de duritate (phlebolite) prezentând în acest din urmă caz o mobilitate uşoară în cavitatea vasculară ce îi conţine. Aceste concreţiuni adevăraţi corpi străini, întreţin în jurul lor o stare inflamatoare uşoară dar perpetuă. Peretele venos se îngroaşe cu timpul, ţesutul celular înconjurător începe a se indura, iar cordonul venos devine dur şi indolent. E suficientă o cauză ocazională cât de mică, pentru ca trombophlebita subacută sau acută să isbucnească.

Ca şi în trombophlebite în general, stările constituţionale ca, chloroza, gutta, reumatismul; maladiile infecţioase ca febra tiphoidă, pneumonia, gripa, paludismul; stările cachectice ca tuberculoza pulmonară, etc., pot fi cauze predispozante ale trombophlebitei varicoase.

Sarcina este o cauză predispozantă a trombophlebitei varicoase. Inflamaţia varicelui este relativ frequentă la femeia însărcinată sau în timpul puerperalităţii. Sistemul venos este mai distins de sânge, circulaţia fiind împiedecată din cauza uterului gravid, prezintă deci o rezistenţă mai mică la acţiunea agentului patogen.

Modificările sângelui aduc de asemenea formarea de trombusuri în mod mai uşor. De asemenea tumorile

pelviene prin compresiunea lor pe venele iliace la femeile varicoase pot fi o cauză adjuvantă a trombophlebitelor. Astfel Bouilly citează cazul unei femei atinsă de cysto-sarcom al ovarului care a avut atacuri succesive de phlebită varicoasă fiecare corespunzând unei epoci menstruale.

Cauzele eficiente ne scapă uneori, dar în general se recunosc uşor. Ele sunt de două ordine: locale şi generale. Cauzele locale joacă un rol foarte important. Trombophlebita varicoasă are ca punct de plecare o infecţie locală printr'o poartă de intrare oricât de mică ar fi pentru agentul patogen, piogen sau nu.

Ulcerile varicoase sunt o cauză frequentă de phlebită, aceasta din cauza unei mari predispoziţii la ulcere ale picioarelor varicoase. Pe aceste ulcere rău îngrijite, contuziuni uşoare dar repetate, creiază porţi de intrare multiple microbilor ce pululează la suprafaţa lor. Une ori din cauza unui ulcer invadant, o phlebită gravă poate lua naştere prin deschiderea unei vene.

Vom constata aproape totdeauna la suprafaţa tegumentelor pe piciorul atins de varice, fie o eczemă, fie un ulcer, fie o soluţie de continuitate datorită unui prurigo.

Agentul patogen care va irita şi va inflama peretele venos, va pătrunde din afară prin aceste porţi de intrare, sau poate să fie adus de torentul circulator, localizându-se pe pereţii venelor varicoase. Cauzele adjuvante ca traumatismele, şocurile, contuziile, frecarea vestmintelor de varice, nu fac de cât să localizeze infecţia pe venele deja atinse în structura lor anatomică.

Alături de aceste phlebite pe care le putem numi directe, putem aranja o altă categorie de inflamaţiuni venoase la distanţă şi nu în relaţie directă cu un traumatism accidental. Agentul patogen poate să se introdncă la distanţă de venele varicoase şi să vină să se localizeze în pereţi alteraţi ai venelor. Aceasta ar fi teoria microbismului latent şi a locus minoris resistenţiae a lui Verneuil.

Exemple de asemenea cazuri există citate. Astfel

Charcot [1]) a fost atins de o phlebită femorală în urma unei înţepături la deget; Maydieu citează după Bouilly phlebite varicoase consecutive unei afecţiuni de prostată şi unei plăgi a braţului.

In aproape majoritatea cazurilor trombophlebitele varicoase au un factor etiologic unic : infecţiunea.

In unele cazuri însă, atunci când asupra venelor varicoase lucrează un traumatism aproape neînsemnat, fie sub influenţa unei contracţii bruşte a muşchilor moletului, care să aducă ruptura tunicilor venoase, poate lua naştere o trombophlebită varicoasă aseptică, mai ales la femeile însărcinate. Alte ori traumatismul producând strivirea peretelui venos aduce turburări în nutriţia vasculară şi determină o leziune a endovenei. Sub influenţa acestei alteraţiuni parietale se produce un precipitat de fibrină la nivelul punctului lezat şi astfel se stabileşte o tromboză fără participarea nici-unui micrnb.

Din punct de vedere bacteriologic s'au găsit in pereţii venoşi şi în chiagurile care se găsesc în vene, diverşi microbi printre care se citează mai ales streptococul, stafilococul, pneumococul, baccilul Eberth şi Bacterium Colli.

Nu totdeauna agenţii infecţioşi găsiţi în pereţii venoşi sunt acei ce-au cauzat maladia generală, ci adese ori găsim aci agenţi ai infecţiunilor secundare.

III.

Patogenie

Vom căuta să enumărăm diferitele teorii care au fost emise pentru a explica cauza trombophlebitelor.

Se poate spune că adevărata teorie a trombophlebitelor a fost formulată de *Cruveilhier* în 1834. Deşi la această epocă nu exista bacteriologia, totuşi acest ilustru clinician, a putut să determine că inflamaţia tunicei interne a venelor era cauza de formaţie a chiagului obli-

[1]) Union médicale 1896.

terant. Mai târziu *Widal* şi Vaquez demonstrară prezenţa microbilor la nivelul peretelui venei în contact cu chiagul şi chiar la oarecare distanţă deasupra şi dedesubtul lui. Dar dacă el n'a cunoscut cauza primă a inflamaţiei, cel puţin a studiato şi cu drept cuvânt a putut să zică că, „pentru ca să ia naştere o phlebită trebue ca o cauză de iritaţiune să lucreze asupra peretelui venos. Astfel s'a format prima teorie pathogenică, zisă şi:

1. Teoria mecanică. Ea susţine că leziunea histologică a peretelui venos, leziune de ordinar infecţioasă ar precede formarea trombusului. Germeni patogeni fie că sunt aduşi de torentul circulator al vasului lezat, fie că pătrund în pereţii săi prin intermediarul vasa vasorum, ei formează aci adevărate culturi, cari prin toxinele lor alterează tunica internă şi mai ales endoteliul vascular. Ei determină astfel inflamaţia peretelui venos, care în această stare prezintă neregularităţi de suprafaţă, care provoacă precipitarea fibrinei şi trombusul se constitue.

Alături de aceste phlebite de natură infecţioasă sunt altele de natură aseptică consecutive traumatismelor fără plagă, mai ales când traumatismul lucrează pe vine cu pereţi deja alteraţi. In aceste cazuri după Hayem s'ar produce un „chiag prin battaj" care se depune la nivelul peretelui lezat, mărindu-se neîncetat şi putând să ajungă la o obliteraţiune ca şi în phlebita infecţioasă.

Wirchow în 1856 contrar teoriei lui Cruveilhier emise teoria că tromboza ar fi primitivă, coagularea intravenoasă ar precede şi ea ar aduce după sine alteraţiuniie inflamatorii ale peretelui venos.

A 2-a teorie este teoria chimică ce arată rolul alteraţiunilor plasmei şi a elementelor globulare în patogenia trombozei. După această teorie coagularea intra venoasă s'ar datori alteraţiunlor unor elemente figurate ale sângelui, după uni leucocitelor, după alţii hematoblaştilor, care sub influenţa unei producţiuni anormale de ferment ar determina coagulaţiunea pat-

hologică. Totuși această modificare specială a elementelor figurate nu aduce coagularea decât în prezența unei alterațiuni a peretelui vasclar. Ceia ce împiedică coagularea într'un vas sănătos este endoteliul său intact care absoarbe fermentul ce precipită fibrina.

A 3-a este teoria mecanică. Rolul încetinirei circulației sanguine în patogenia trombozei a fost susținută de Wirchow și Lancereaux în trombozele spontanate și-n cele marastice. Incetinirea circulației sangiune însă nu este decât o cauză adjuvantă și nu joacă decât un rol accesoriu, după cum au arătat experiențele lui Brücke. Acesta imobilizând sângele într'un segment de venă prin 2 ligaturi, a arătat că coagularea nu se produce decât după un timp destul de lung, care coincide cu începutul alterării pereților venoși. Hayem a arătat de asemenea că încetinirea circulației în producerea cheagului nu este suficientă și trebue să existe și alterarea peretelui venos. Referindu-ne la venele varicoase vom găsi aci o stare anatomică mai mult sau mai puțin modificată prin dilatația venoasă și o stare mecanică dintre cele mai favorizante pentru producerea cheagului. Intr'adevăr, deși găsim aci o alterațiune cronică a peretelui venos, totuși tromboza nu se produce decât atunci când un traumatism, un șoc sau o infecțiune cât de atenuată se grefează pe acest punct slab și să producă alterațiuni endoteliale venoase.

IV.

Anatomie patologică

Din punct de vedere anatomo-patologic inflamațiunea se grefează aproape totdauna pe venele varicoase ajunse în al treilea grad, adică pe venele atinse de phlebită cronică. Aceste vene de formâ ampulară au pereții lor subțiați în unele puncte, mai îngroșați în altele, uneori aderând tegumentelor ce le acoperă. In acest stadiu de phlebită cronică ele nu-s trombozate și sângele circulă liber. In momentul când varicele se

inflamează primul fenomen ce se observă este induraţia venoasă. Vena se trombozează şi sângele coagulându-se în canalul venos, îl transformă pe acesta într un cordon dur şi noduros. In general coagularea sângelui atinge un întreg pachet varicos transformându-l într'o tumoră dură. Inflamaţiunea plecată dela venă şi sinuozităţile sale, nu rămâne cantonată aci, ci atinge atât ţesutul celular perivenos cât şi tegumentele în cazul venelor superficiale stabilind astfel aderenţe între venă şi ţesuturile învecinate. La secţiunea unui pachet varicos vom găsi orificiile vasculare umplute cu câte un chiag separat de peretele venos printr un ţesut inflamator.

Inflamaţiunea phlebitică se opreşte în general la oare care distanţă deasupra şi dedesubtul pachetului varicos trombozat.

Trombusul este format din foi de fibrină suprapuse, ceia ce arată că este format din o serie de stratificaţii succesive. In intervalul foilor se găsesc pături de globule roşii. Uneori chiagul prezintă în centrul său o magmă puriformă datorită ramoliţiei.

Trombusul este în general alungit obliterând vena pe o întindere destul de mare şi prezintă două extremităţi: Extremitatea periferică este net cruorică, extremitatea dirigeată către inimă este fibrinoasă. Cheagul puţin aderent la început de pereţi venoşi este de consistenţă moale.

Sunt două teorii ce explică organizarea cheagului. Prima este teoria lui Wirchow, care arată că organizarea chiagului se face prin leucocitele trombusului care se modifică, se anostomozează şi se transformă în elemente de ţesut conjuctiv. A doua este teoria lui Cornil şi Ranvier, care admite că elementele celulare ce organizează cheagul provin din peretele vascular. „Celulele endotheliale proliferate ale peretelui intern al venei sunt agenţi preponderanţi de organizare celulo-vasculară al cheagului intravenos“

Celulele endoteliului turtite şi sub iate se umflă la început şi se ridică în lumina vasului. Ele aderă de membrana internă vasculară prin 2—3 prelungiri subţiri.

Devenind mai mari celulele își pierd câte-va din punctele lor de ataşare, se ridică în lumina vasului sub formă de arc progresând astfel în cheagul sanguin şi formând adevărate colonii migratrice. Ele se insinuează între fibrilele de fibrină şi formează o reţea de celule anastomozate.

Celulele endoteliale formează deci adevăraţi muguri, din care pleacă celule endoteliale alungite către chiagul sanguin. Cu ajutorul acestor celule se formează aci neocapilare şi sângele începe să circule prin anastomozele creiate între tunica externă şi mijlocie a venei.

Graţie acestor neocapilare chiagul primitiv este unit de peretele venos și oarecum imobilizat. Vaquez admite trei evoluţiuni a coagulaţiunilor venoase.

1. Când leziunile sunt incipiente și când mugurii endopblebitici n'au pătruns încă concreţiunea sanguină, chiagul poate fi luat de torentul circulator şi circulaţia venoasă rămâne liberă.

2 Elementele chiagului încearcă o transformare de necrobioză perzistând sub formă de corp strein aseptic și prezentând o transformare centrală puriformă.

3. In marea majoritate a cazurilor însă chiagul este înlocuit printr'o cicatrice fibroasă rezultând din neoformaţiile vasculare și din muguri endophlebitici.

Când sistemul venos este sediul unei infecţiuni grave, procesul de apărare locală este mic.

Organizarea cheagului rezultând din reacţia plastică a peretelui venos se produce în mod insuficient. Celulele endoteliale ale endovenei, agenţi esenţiali ai acestei organizaţii, nu prezintă decât o insuficientă multiplicare, iar fenomenele de inflamaţie septică predomină. Ele se traduc prin prezenţa unui mare număr de globule albe pe cale de degenerescenţă granuloasă. Astfel chiagul în loc de a avea o culoare roșie închisă este alburiu. Foarte adeseori el prezintă focare de ramolisment ajungând la formarea de abcese phlebitice.

Acest coagul puţin aderent de pereţi venoși este expus a se fragmenta şi să devină punctul de plecare

al emboliilor infecţioase. Lucrul se petrece în trombophlebitele pyoemice.

După cercetările lui Cornil, Ranvier şi Wirchow tunica internă şi cea externă a venelor ar fi cele mai alterate în trombophlebită. Tunica mijlocie mult timp sănătoasă se hipertrofiază apoi se atrofiază chiar până la dispariţie complectă. Singure elementele conjonctive ale tunicilor externe şi interne pot perzista, vena luând forma unui cordon fibros plin, ceeace ar fi stadiul ultim al trombophlebitelor.

V.

Simptome şi diagnostic

Debutul trombophlebitei varicoase a safenei interne poate fi brusc, apărând fie în urma unui traumatism accidental, fie în cursul unei maladii generale. In majoritatea cazurilor însă debutul este insidios. Trei sunt simptomele principale în perioada de stare a afecţiunii: fenomene dureroase, edemul şi cordonul venos indurat.

1. *Fenomenele dureroase* consistă în crampe mai mult sau mai puţin vii în gambă sau în coapsă ce survin în urma unei oboseli, unui mers prelungit, localizate pe traiectul anatomic al safenei interne. Alteori survine sub formă de nevralgii pe traiectul nervului crural şi ramurile sale.

2. *Edemul* debută la nivelul malealelor, apoi ia un mers ascendent coprinzând gamba în întregime. La început este un edem trecător, dispare seara sub influenţa repausului, apoi rămâne permanent. In general edemul este puţin marcat.

3. *Cordonul venos indurat.* Palpând traiectul venei trombozate vom găsi un cordon dur şi noduros înconjurat de o regiune împăstată. Traiectul său e desenat de o dâră roşiatică mai mult rozată. Palparea trebueşte făcută cu precauţiune căci este foarte dureroasă, putând chiar să fragmenteze cheagul, care ar deveni cauza emboliilor pulmonare.

Alături de aceste simptome principale trebue să notăm încă:

a) Hipertermia membrului edemaţiat în special la nivelul traiectului venos.

b) Impotenţă funcţională a membrului atins.

c) Atrofii musculare consecutive uneori.

Starea generală diferă după formele clinice.

Forme clinice. Din punct de vedere clinic trombophlebita varicoasă a safenei interne o putem împărţi în două forme: tromphlebita tronculară şi trombophlebita pachetelor varicoase.

1. *Trombophlebita tronculară.* Debutul de ordinar insidios. După un timp variabil mai ales în urma oboselei apare întâi un edem maleolar, apoi gamba se umflă din ce în ce mai mult şi devine dureroasă. Durerea este spontanată sau apare provocată la cea mai mică presiune pe traiectul venei inflamate. Staţiunea în picioare a bolnavului devine dureroasă şi mersul devine aproape imposibil în urma durerii provocată de mişcările şi frecăturile veşmintelor, pe suprafaţa venei inflamate.

Starea generală nu se alterează când leziunea este limitată, totuşi există o uşoară mişcare febrilă. La examenul piciorului bolnav vom observa un edem mai mult sau mai puţin marcat pe tot segmentul subiacent membrului atins. Pe acest picior edemaţiat se găseşte o regiune mai împăstată, dureroasă la presiune pe care se desenează un cordon noduros de coloraţie roşiatică. Tegumentele la nivelul său sunt rozate, violacei şi aderente datorită periphlebitei.

Trombophlebita rămâne localizată pe un mic teritoriu venos, alteori ocupă un întreg pachet venos mai ales pe faţa internă a gambei. Inflamaţiunea poate să se întindă şi la partea inferioară a safenei interne, sau să ocupe un întreg sistem venos al membrului inferior dând naştere la o adevărată phlebită totală invadând marile trunchiuri venoase superficiale şi profunde.

Diagnosticul diferenţial îl putem face cu o lymfangită; — dată fiind frequenţa ulcerilor pe picioarele varicoase —, lymfangita le-ar putea întovărăşi. Lymfangita

debută cu frison care este rar în phlebită. Temperatura este mai ridicată; ganglionii inquinali sunt voluminoşi şi dureroşi, tegumentele de o culoare mai roză.

Cordonul indurat pe care-l pipăim este aderent tegumentelor însă are limite laterale mai nete.

2. *Trombophlebita pachetelor varicoase* se prezintă sub forma unei adevărate tumori inflamatorie, situată fie la gambă, fie pe faţa internă a genunchiului, fie în lungul coapsei. Toate flexuozităţile varicoase sunt invadate de procesul inflamator la care participă şi ţesuturile celulare intermediare, ţesutul celular subcutan şi tegumentele pe o întindere variabilă. Tumoarea astfel constituită este foarte dureroasă la cea mai mică presiune. Ea este puţin mobilă pe ţesuturile profunde, dar inseparabilă de piele care nu alunecă pe ea şi care lasă să se vadă câteodată prin transparentă culoarea negricioasă a chiagurilor venoase. Deasupra şi dedesuptul ei se simte vena sub forma unui cordon dur şi dureros, care se pierde puţin câte puţin. Turburările funcţionale şi generale sunt aceleaşi ca şi în forma precedentă, dar ceva mai accentuate. Aici există totdeauna febră care poate merge până la 39° Phlebita poate să se generalizeze şi să devie punctul de plecare al aceloraşi complicaţii ca şi în forma precedentă. Diagnosticul este în general uşor şi confuzia nu poate fi făcută cu altă afecţiune.

VI.

Evoluţie şi complicaţii

După un timp variabil de obicei între 3—6 săptămâni, durerea dispare iar edemul şi fenomenele inflamatorii se rezorb progresiv. Vena lezată diminuă de volum, însă rămâne îndurată, transformată într'un cordon dur, impermeabilă sângelui când există o obliterare complectă a canalului venos. Une ori obliterarea nu este decât parţială şi la palpaţie se percep din loc în loc mici durităţi pe trajectul varicelor în serpentină sau

ampulare. Vasul pare că conţine din distanţă în distanţă mici grăunţi duri, care s'au denumit phleboliţi şi care nu sunt altceva decât mici grămezi de ţesut obliterant în lumina vasului. Alte ori tromboza poate să dispară complect şi vena redevine permeabilă. Astfel se petrec lucruriie în marea majoritate a cazurilor. Această terminare fără supuraţie este cea mai frequentă.

Sunt cazuri când infecţia odată instalată pe endovenă se perpetuiază aci cu mare tenacitate şi-n loc ca focarul inflamator să se stingă în perioada de timp obişnuită, durează luni întregi.

Cazuri de felul acesta sunt citate de Quénu, când afecţiunea a durat 15 luni. Aceasta se întâmplă în formele prelungite. Trombophlebita poate să recidiveze. După ce primul atac s'a terminat, după un timp variabil sub influenţa oboselei, unui traumatism, unei infecţiuni generale supraadăogate, vedem reapărând al doilea atac grefat tot pe vechiul focar varicos. După cum există apendicite cu repetiţie, tot aşa există şi trombophlebite cu repetiţie. Altădată infecţiunea ia un caracter ascendent, propagându-se din loc în loc dealungul trunchiului venos, atinge marile trunchiuri venoase, dând loc la semne de infecţiune gravă ce se poate termina prin moarte.

Simptomele în loc de a se amenda, devin dintr'o zi într'alta mai intense până la terminarea fatală. Dar aceste phlebite cu mers aşa rapid sunt dintre cele mai rare.

Altă terminare a trombophlebitei varicoase este supuraţia circumscrisă sau difuză putând ajunge la infecţie purulentă sau septicemie.

Nevrita uneori isbucneşte cu ocazia unei phlebite. Venele varicoase ale nervilor produc compresiuni pe filetele nervoase şi-i disociază. Cu nevruta intră în scenă un întreg cortegiu de turburări trophice.

Inainte ca trombophlebita varicoasă să-şi fi terminat evoluţia sa pot surveni complicaţiuni locale ca: phlegmoane perivenoase, sfacele sau gangrenă, erizipel, lim-

phangite etc., sau o complicaţie la distanţă ca embolia pulmonară.

Embolia pulmonară este una din cele mai grave complicaţiuni ale trombophebitelor varicoase. Chiagul venos când nu este aderent, fiind bătut de curentul circulator al unei colaterale se divide în fragmente de diferite mărimi, care sunt aruncate în torentul circulator ajungând în inima dreaptă şi de aci în pulmon. Aceste embolii cardiace şi pulmonare duc cu ele proprietăţile trombusului de unde provin. Când ele sunt aseptice nu produc decât fenomene de obstrucţie mecanică putând aduce accidente mai mult sau mai puţin grave, cum ar fi o sincopă mortală când embolia este cardică, sau infarctusuri pulmonare în emboliile pulmonare.

Când embolia este septică ea produce focare de supuraţie, gangrenă pulmonară sau chiar septicemie. Moartea rapidă nu este produsă decât de cheagurile mari care s'au oprit fie în cord fie în artera pulmonară, moartea survenind fie brusc prin sincopă fie prin asfixie. Sunt cazuri când cheagurile detaşate sunt mici; ele se manifestă prin junghii şi dispenee şi se constată focare de congestie pulmonară sau de apoplexie pulmonară propriu zisă. Uneori emboliile se fac succesiv la diferite intervale şi constitue o ameninţare permanentă. (Broca)

VII.

Prognostic

Prognosticul trombophlebitei varicoase trebueşte să fie totdauna rezervat, căci emboliile pot să survină nu numai în formele grave adezive dar chiar în formele latente.

In acestea din urmă mai ales embolia poate surveni tocmai prin faptul că bolnavul nedând nici-o importanţă greutăţii ce o simpte în molet care e singurul simpton al maladiei, continuă să meargă, phlebita se organizează şi accidente embolice pot surveni.

In formele supurative prognosticul este grav, căci

poate să dea loc la diverse forme de septicemie sau de pioemie. Prognosticul mai depinde şi de starea organismului bolnavului. Când maladia survine la o persoană cu un organism bine constituit progsnoticul este benign. Nu tot astfel se întâmplă cu indivizi obosiţi şi purtători de o tară, sau indivizi infectaţi şi slăbiţi printr'o maladie infecţioasă anterioară.

VIII.

Tratament

Tratamentul trombophlebitei varicoase a membrelor inferioare îl putem împărţi în două după cazurile clinice ce se prezintă: unul este medical şi un altul chirurgical. Cel medical se poate aplica în toate formele de phlebite benigne şi foarte atenuate, care cu simplu tratament medical inflamaţiunea trece repede şi chiagul se resoarbe. De asemenea în formele grave de trombophlebite varicoase cari survin la debilitaţi, la albuminurici sau la diabetici, este prudent de a interveni pe cale sângerândă, şi de aceea întrebuinţăm tratamentul medical. După Schwartz vom aplica tratamentul medical trombophlebitelor varicoase în formele lor beningne ce survin la femeia însărcinată. Cât despre formele supurate din stările puerperale, ele aparţin chirurgiei.

Intr'un mod general se poate spune că tratamentul medical s'ar putea aplica tuturor cazurilor de trombophlebită varicoasă, însă acest tratament ar putea să expună pe bolnav la unele riscuri. Vom expune mai departe care sunt avantajele tratamentului chirurgical asupra celui medical în general. Tratamentul medical este un bun adjuvant celui de al doilea tratament, care neputându-se aplica în perioada febrilă din cauza stării organismului, poate fi aplicat cu succes după un interval de timp. când leziunea inflamatorie a fost stinsă prin tratamentul medical.

Tratamentul medical nu poate fi un tratament curativ propriu zis, date fiind recidivele de noui atacuri de phlebită cu aceleaşi localizări varicoase, redeşteptate fiind de aceleaşi cauze etiologice.

Tratament Medical

Tratament prophilactic. Orice bolnav purtător de varice, fie a venelor superficiale, fie a venelor profunde, va trebui să dea o deosebită îngrijire piciorului său varicos. Starea de curăţenie a piciorului varicos care va fi cu îngrijire spălat cu soluţiuni antiseptice, va împiedica infecţiunea micilor excoriaţiuni aşa de frequente pe picioarele varicoase. In totdeauna când se ivesc răni sau ulcere vom consilia repausul şi în acelaş timp vom prescrie un pansament antiseptic. Vom recomanda varicoşilor să evite călăritul, ciclismul, şederea prea îndelungată în picioare şi să poarte un bandaj sau un ciorap elastic.

Tratament curativ. Repausul absolut este indispensabil în trombophlebita varicoasă. Bolnavul va fi culcat în pat, piciorul bolnav aşezat într'o gutieră, îi vom da o poziţie uşor ridicată susţinându-i bine călcâiul printr'o pernă. Ii vom face aplicaţiuni rezolutive pe părţile bolnave, aplicaţiuni constând fie din comprese boricate, fie din soluţiuni saturate laudanizate, fie diferite linimente sau pomade rezolutive ca Ichtiolul. După aceasta îi învelim piciorul cu un strat de vată, pe care o susţinem cu un pansament destul de lax.

Când apirexia este complectă, când venele devin indolore la palpaţie, când edemul a retrocedat începem mobilizarea piciorului şi-n ultima perioadă de convalescenţă îi facem masaj începând cu uşor effleuraj ferindu-ne de traiectele venoase. Mobilizarea trebue făcută după ce febra şi fenomenele inflamatorii au dispărut. Aceasta în regulă generală dispare după 8—10 zile în cazurile uşoare şi în afară de cazurile când nu survin complicaţiuni. Momentul periculos mobilizării este perioada febilă, totuşi pentru mai multă siguranţă vom începe mobilizarea după alte 8—10 zile după perioada febrilă. Chiar în acestă perioadă apiretică în primele zile de mobilizare vom urmări temperatura bolnavului şi vom înceta cu ea de îndată ce apare cel mai mic puse febril. Reapariţia febrei arată că imobilizarea a

fost insuficientă, că ea n'a putut să impiedece evoluţia unei noi phlebite prin inocularea unui teritoriu colateral sau unui teritoriu superior focarului. Mobilizarea trebueşte metodic făcută şi prelungită timp de patru săptămâni.

Vom începe întâi cu articulaţiile mici ale degetelor, ale tarsului, metatarsului, făcîndu-le să execute toate mişcările lor normale. In a 2-a săptămână vom mobiliza şi articulaţia genunchiului şi a şoldului imprimândule mişcările lor normale afară de cea de flexiune pentru coapsă. După 4 săptămâni bolnavul se va ridica treptat şi cu încetul luând întâi poziţia şezândă, apoi pe picioare şi în fine să meargă câte puţin,

Imobilizarea prelungită poate să aducă redoare articulară, ankiloză, parezie musculară şi atrofii. De aceia nu trebueşte să ţinem prea mult timp imobilizarea.

Tratamentul chirurgical

Tratamentul chirurgical al tromlophlebitei varicoase este rezecţia sucului venos în toată întinderea sa şi a fragmentelor sale infectate adică *phlebectomia*

Ea este operaţia de ales în majoritatea trombo phlebitelor varicoase. Sunt însă unele cazuri unde nu trebuie să intervenim pe cale sângerândă şi aceste cazuri le lăsăm pe seama tratamentului medical. Astfel se prezintă lucru, cu formele atenuate, cu formele latente, care cu simplu tratament medical inflamaţia trece repede şi chiagul se rezoarbe. In restul cazurilor phlebectomica o putem aplica întotdauna la rece, după ce focarul inflamator s'a stins.

Când ne aflăm însă în faţa unor forme propagante, prelungite, forme cu repeţite sau forme supurate e de preferat ca o ligatură simplă să fie făcută chiar în perioada acută a maladiei. Făcută în această perioadă ligatura este *preventivă.* Nu rare sunt complicaţiiie ce pot surprinde pe cel ce se mulţumeşte să lase să evolueze răul, mulţumindu-se numai cu tratamentul medical. Când infecţiunea a atins endovena, ea se instalează aci şi se perpetuează în acest sistem închis cu o mare

tenacitate. Acestea sunt cazurile phlebitelor prelungite care pot dura 3—5—10 luni. Asemenea cazuri au fost citate de Schwartz, Quenu şi Piqué.

Trombophlebita nu numai că se prelungeşte dar încearcă atacuri acute necontenite. Există trombophlebite *cu repetiţie* după cum există apendicite cu repetiţie.

Trombophlebita varicoasă *se propagă* din loc în loc, atinge marile trunchiuri ale venei femorale şi iliacă externă. Prognosticul este grav atunci şi cel ce se mulţumeşte cu terapeutica expectantă aziştă la isbucnirea unei astfel de propagări. Răul a devenit deja inaccesibil, totuşi cu câteva zile mai înainte era încă posibil de a pune o *ligatură* deasupra cheagului şi de a opri infecţia în mersul său invadant.

Este mai bine de a preveni aceste complicaţii. Or tratamentul preventiv cel mai bun este ligătura. Ea remediază nu numai una din cele mai de temut complicaţii ca embolia sanguină sau microbiană, ci previne şi celelalte accidente enumărate mai sus. Analogia o găsim în trombophlebita jugularelor unde în plin acces febril aplicăm ligătura şi phlebotomiea.

Prin ajutorul procedeelor sângerânde se poate obţine cura radicală a trombophlebitei varicoase. Deci *phlebectomia este curativă*. E singurul procedeu care pe lângă extirparea venei trombozate înlătură şi sursa sa varicoasă ce întreţine în mod permanent o stare cronică inflamatorie, care la cea mai neînsemnată cauză adjuvantă devine un focar de apel pentru o nouă inflamaţie acută. Toţi operaţii după 4 - 6 săptămâni de la operaţie îşi reiau lucrul lor, fără nici-o redoare sau atrofie musculară, fără nici-o durere sau induraţie locală.

Phlebectomia nu poate să fie periculoasă din punct de vedere al emboliilor, căci în acest scop avem ligatura capătului superior al venei atinse, care se va opune emboliilor sanguine sau microbiene.

Ea nu provoacă nici o perturbaţie în circulaţia de întoarcere a membrului inferior prin extirparea venei obliterate chiar pe o mare întindere, căci există alte căi sanguine colaterale ce restabilesc circulaţia sângelui.

Phlebectomia o vom face după *procedeul lui Terier* şi *Alglave* care pare a fi cel mai eficace. El constă în rezecţia totală a safenei interne după o ligatură prealabilă la capătul său superior, pentru a se opune migraţiunii vreunui cheag în timpul operator. Ligatura se va face pe un segment de venă îndemn de phlebită. Rezecţia se face de sus în jos, făcand ligatura colateralelor pe măsură ce scoborâm. Se rezecă apoi întreg pachetul varicos ridicându-se în acelaşi timp şi mari lambouri cutanate, creind astfel gambei varicoase un adevărat ciorap natural, preconizat de Schwartz.

Technica operatorie

Anestezia. Inainte se întrebuinţa anestezia generală, azi în mai toate serviciile operaţiunile pe membrele inferioare se fac cu rachi-stovainizare. Se întrebuinţează soluţiune de 0.04 ct . stovaină asociată cu 0.20 ctg. caffeină pe cm. cub, soluţiuni proaspete preparate după procedeul d-lui Profesor Toma Ionescu. Locul de elecţie al injecţiunei este între 1—2 vertibră lombară. După un interval de 10—15 minute bolnavul este atins de paraplegie, având sensibilitatea tactilă conservată ceace ne arată că efectul anesteziei s'a produs şi putem să începem operaţiunea. După ce s'a ras membrul de operat, după ce i-am făcut toaleta operatorie determinăm traiectul venei safene interne care la varicoşi este destul de evidentă; în caz contrar o determinăm după punctele de reper anatomice. In regulă generală ea se găseşte sub arcada crurală la 2 cm., iar traiectul vertical al său urmează linia ce ar trece cu un centimetru înăuntru jumătăţii arcadei crurale şi ar ajunge la partea posterioară a condilului intern.

Traiectul venei fiind determinat se face o incizie de 4—5 cm. lungime la partea superioară a coapsei, se descopere safena internă şi se aplică o ligatură la nivelul crosei. Este un mijloc de a evita deplasarea cheagurilor în timpul operaţiei, care ar putea să dea accidente embolice. După ce am pus ligatura supe-

rioară, prelungim incizia în jos până la tuberozitatea internă a tibiei. Denudăm safena internă debridându de aderenţele contractate cu ţesuturile vecine prin procesul periphlebitic, aşezăm ligaturi pe colaterale, apoi o secţionăm la partea ei superioară şi o derulăm pe toată întinderea sa extirpând-o.

Vom avea în vedere în timpul acestei operaţiuni să nu lezăm nervul safen intern care însoţeşte vena în traiectul său descendent. Inchidem apoi această plagă cu fire întrerupte şi se acopere cu comprese sterilizate. Pentru a continua extirparea flexuozităţilor şi a boselurilor îndurate ale safenei, din regiunea gambei ducem două incizii una anterioară alta posterioară, dela tuberozitatea internă a tibiei şi reunindu-le la nivelul maleolei interne. Lamboul cutant astfel circumscris are un aspect fusiform. După ce am făcut ligatura tutulor venelor, facem disecţia lamboului de sus în jos şi dela partea anterioară către cea posterioară. Ajunşi la unghiul inferior facem ligatura safenei interne la acest nivel.

Căutăm să apropiem marginile depărtate ale tegumentelor în urma exciziei lamboului, închidem plaga cu fire întrerupte după ce am făcut o hemostază perfectă, apoi aşezăm un dren la partea declivă a plăgii.

Griji post operatorii. Aşezăm membrul operat într'o gutieră şi-i dăm o poziţie uşor înclinată.

După 24 ore scoatem drenul din plagă, iar firele de sutură după a 9-a zi.

Bolnavul nu se va da jos din pat înainte de 20—25 zile. Pentru a evita redoarea articulară din cauza imobilizării, după 10 zile dela operaţie începem cu mobilizarea metodică a articulaţiilor, ajutată de un uşor masaj.

Bolnavii operaţi după acest procedeu şi revăzuţi după mai mulţi ani se află destul de bine şi pentru aceasta noi preferim acest procedeu chirurgical.

OBSERVAŢIUNILE D-LUI CONF. Dr. I. JIANU

Observaţia I

Bolnavul B. N. în vârstă de 28 ani, de profesiune chelner intră în serviciul I chirurgical dela spitalul Colţea în luna Octombrie 1912.

Antecedentele heredo-colaterale şi personale fără importanţă în raport cu afecţiunea lui.

Istoric. De câţiva ani de zile bolnavul a observat că-i apăruse pe membrul inferior drept varice ale safenei interne, care s'au exagerat cu timpul din cauza profesiunii lui de chelner.

Fotogralia trombophlebitei safenei interne a Obs. I.

Cu 3 săptămâni înainte de intrarea lui în spital făcuse o gripă de formă broncho-pulmonară. După dispariţia turburărilor pulmonare, varicele care până aci erau indolore şi care se ştergeau

prin poziţie orizontală devin foarte dureroase, iar membrul inferior în totalitatea lui se tumefiază.

Starea locală. Membrul inferior drept este sediul unei tumefacţiuni ce se accentuează spre labă şi gambă, foarte dureroasă mai ales pe traiectul anatomic al safenei interne. Se constată un cordon dur ireductibil la nivelul feţei interne a coapsei drepte şi un pachet de nodozităţi de asemenea dureroase şi ireductibile pe faţa internă a gambei. La nivelul lor pielea este aderentă, hiperemiată şi mai caldă decât în rest.

Ca stare generală nimic important decât febra. După câteva săptămâni tumefacţia difuză a membrului inferior retrocedează graţie repaosului, aşezări piciorului într'o gutieră în poziţie înclinată şi prişnitzilor locale. Atât nodozităţile depe gambă cât şi cordonul îndurat dela coapsă au rămas foarte aparente şi vizibile la distanţă, aşa cum se vede în fotografia alăturată.

Intervenţia. Când bolnavul a devenit complect apiretic, a fost operat sub anestezia rachidiană cu stovaină. S'a făcut o incizie dela vârful triunghiului lui Scarpa până la condilul intern al femurului. S'a pus o ligatură la nivelul confluenţei safenei interne cu vena femorală, unde s'a găsit din venă o porţiune permeabilă.

Treptat s'a scluptat cordonul safenei interne, legându-se într'un mod sistematic colateralele şi căutând de a evita orice malaxări inutile. Extirparea safenei a fost oprită la nivelul condilului femurului pentru a se sutura pielea coapsei, continuând apoi extirpaţiunea flexuozităţilor şi nodozităţilor dela gambă. In acest moment al operaţiunei lucrarea a fost extrem de laborioasă din cauza aderenţelor, pe care leziunile vasculare le prezentau pe deoparte cu pielea iar pe de altă parte cu aponevroza gambei. Pielea a trebuit să fie extirpată pe o întindere de 20 cm. înălţime şi 5 -8 cm. lăţime maximă, sub forma unui lambou eliptic după indicaţiile lui Schwartz. Punctul cel mai laborios al intervenţiunei a fost degajarea nervului safen intern din blocul cicatricial. Pielea gambei ca şi cea din regiunea coapsei a fost suturată cu fire întrerupte, apoi s'a drenat la partea declivă a plăgii.

Urmări post operatorii. S'a scos drenul după 24 ore, iar firele după 9 zile cu vindecare per primam, recomandându-se bolnavului masagiul şi mişcări progresive.

După aproape 11 ani bolnavul se găseşte în condiţiuni excelente.

Observaţia II

Bolnavul N. C. în etate de 26 ani, funcţionar comercial îngrijit în clientela privată şi în serviciul II chirurgical de la spitalul Colţea în 1916.

Antecedente personale. Nimic de relatat decât varice capilare ale membrelor inferioare.

Istoric. Cu 3 săptămâni înainte de intrarea sa în spital, bolnavul făcuse o gripă, în timpul căreia îi apare o tumefacţie a membrului inferior stâng cu predominenţă spre gambă şi cu recrudescenţa temperaturii generale

Starea locală. Bolnavul nu poate executa nici-o mişcare a membrului atins din cauza tumefacţiunii difuze şi din cauza durerei situată pe o linie ce scoboară din triunghiul lui Scarpa, conturează condilul intern al femurului şi ajunge la maleola internă. La nivelul acestei linii ţesutul conjunctiv este mai împăstat, pielea mai roşie şi mai caldă. Temperatura genenerală oscilează între 39—40°, plus frequent.

Piesa extirpată este în mic ceeace s'a găsit la bolnavul din Obs. I.

Evoluţie, tratament. Sub influenţa repaosului, poziţiuni înclinate în gutieră a membrului inferior, pomezilor rezolutive cu ichtiol şi prişniţilor locale, progresiv tumefacţia membrului inferior ca şi temperatura scad, lăsând să se observe prin palpaţie şi văz un cordon, flexuozităţi şi nodozităţi mai ales la nivelul gambei şi pe traiectul safenei interne. Când starea generală s'a îmbunătăţit şi temperatura a scăzut complect ca şi infiltraţiunea pielei, s'a procedat la operaţiune, urmărindu-se vindecarea per primam a plăgii operatorii. După recomandaţiuni bolnavul a făcut masaj şi mişcări metodice. Rezultatul tardiv a fost destul de satisfăcător, nu însă în aşa grad ca la bolnavul precedent, ceeace însemnnază că tromboza a interesat cu cele mai multe probabilităţi şi multe din venele profunde.

In 1918 bolnavul face din nou o gripă în urma căreia îi apare un flegmon pe faţa antero-internă a coapsei operate. Flegmonul fiind deschis, s'a scurs o cantitate mare de puroi în care examenul de laborator a găsit prezenţa *streptococului.* Bolnavul s'a vindecat pe deplin şi azi îşi vede de ocupaţiunile

sale. Intrebarea care s'a pus a fost dacă nu cum-va punctul de plecare al acestui flegmon, a fost vreuna din colateralele coapsei trombozate ce au rămas neextirpate.

Observaţia III

Bolnavului Tudor Costache de ani 64, de meserie tăetor de lemne intră în serviciul chirurgical al spitalului Colentina la 20 Februarie 1923 pentru tumefierea membrului inferior drept.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă. Varice ale membrului inferior drept datând de câţiva ani.

Istoricul maladiei. Bolnavul povesteşte, că deacum două săptămâni a observat seara la culcare o umflătură a gambei drepte, care creştea zilnic, gamba devenind dureroasă nu-i mai permitea să-şi vază de ocupaţie. Tumefacţia şi durerea accentuându-se l'au determinat să vină la consultaţiunile gratuite la spitalul Colentina, unde i s'a aplicat un prişnitz, apoi a fost trimis acasă. Văzând că durerile nu dispăreau l'au determinat să intre în spital.

Starea prezentă. Intreg piciorul drept este tumefiat. Traiectul safenei interne este indicat de o dâră roşiatică. La palpaţie se constată safena internă ca un cordon îndurat şi dureroasă la presiune la nivelul coapsei. La nivelul gambei drepte se observă nişte boseluri pe traiectul safeni interne acoperite de tegumente roşiatice, iar în apropierea lor nişte escoriaţiuni de mărimea unui bob de mazăre.

Temperatura 37°.

Se imobilizează piciorul într'o gutieră dându-i poziţie înclinată şi i se face aplicaţiune de prisnitze. Roşaţa, edemul şi febra dispar după câteva zile.

La 9 Martie se face intervenţia chirurgicală cu aceiaşi technică ca şi în observaţia primă extirpându se safena internă până la partea inferioară a gambei. Se obţine vindecare per primam. Bolnavul părăseşte spitalul fără nici-o redoare articulară, recomandându-i-se mers progresiv şi masaj.

Dela eşirea sa din spital bolnavul n'a putut fi urmărit.

OBSERVAŢIA D-LUI PROFESOR C. DANIEL

Bolnava Agnes S. în vârstă de 33 ani, menajeră, intră în serviciul de ginecologie în ziua de 12 Martie 1923 pentru dureri în membrul inferior stâng la nivelul gambei pe traiectul venei safene interne.

Antecedente heredo-colaterale. Mama a fost operată pentru o tumoră uterină şi a sucombat la o lună de zile în urmă de aceiaşi boală.

Antecedente personale. In copilărie neagă ori-ce boală. Căsătorită la 18 ani, a avut o naştere la termen la un an de la căsătorie. A născut foarte greu în Maternitatea din Bucureşti. A avut un avort în a treia lună acum 6 ani.

Antecedentele boalei. Bolnava spune că boala datează de 14 ani, de când în urma unei naşteri simte dureri în gamba inferioară stângă. dureri însoţite de tumefacţiagambei. Bolnava putea să-şi vadă de ocupaţiile sale, dar observa că oboseala şi mersul cât şi staţiunea îndelungată în picioare îi accentuau durerea sub forma unor crampe în moletul stâng. Acum 3 săptămâni bolnava are febră 30° dureri mari în gambă observând şi apariţia unei tumefacţiuni ce cuprindea faţa internă a gambei. Tumefacţiunea era foarte dureroasă, de abia putea fi pipăită, era dură sinuasă, cu localizare mai netă la nivelul genunchiului.

Starea prezentă. Pe faţa internă a gambei stângi se observă un cordon de culoare albăstrue pe traiectul safenei interne, cu circuit sinuos, cu dilataţiuni ampulare pe alocuri.

La palpeu acest cordon este mai îndurat la nivelul genunchiului şi două puncte pe gambă. Palparea la nivelul genunchiului dă impresia unei mase aderentă de tegumente, care la acest nivel este de culoare brună. Bolnava acuză durerl la acest nivel şi deşi tegumentele sunt aderente, tumoarea nu aderă de muşchi.

Starea generală bună, nimic pulmonar s'au cardiac.

Operaţie. La 13 Martie 1923 bolnava este operată de d-nul Profesor Dr. Daniel asistat de d-l Dr. Crăiniceanu.

Se face o inciziune pe faţa internă a membrului inferior dela jumătatea inferioară a coapsei până la mijlocul gambei. Se disecă vena cu pachetele phlebitice şi cu grăsimea vecină pe o întindere de 15 cm. Se constată pachetele venoase, care la secţiune conţin sânge negru coagulat. Sutura tegumentelor cu fire de crin.

Bolnava ese din spital vindecată la 31 Martie 1923. (Observaţia 64/923).

CONCLUZIUNI

1.- Trombophlebita safenei interne este o complicațiune relativ frequentă în varicele membrelor inferioare.

2. Această complicațiune este datorită sau unei stări infecțioase generale, sau unei leziuni inflamatorie locală a membrului inferior.

3. O operațiune făcută la timp poate să evite accidente grave cum ar fi embolia, pe care un tratament medical oricât de bine ar fi instituit nu totdeauna poate să le prevină

4. Dacă în faza acută legătura venei deasupra trombozei poate să oprească propagațiunea și detașarea trombusului în trunchiurile principale venoase, extirpațiunea totală a vasului trombozat adică operațiunea lui Terrier și Alglave este operațiunea de ales în faza de răcire.

5. Extirpațiunea venei trombozate întotdauna trebuește făcută de sus în jos cu următoarele precauțiuni:

a) *Să se aplice în prealabil o legătură pe vână deasupra obstacolului;*

b) *Legătura colateralelor să se facă în partea lor permeabilă;*

c) *Să se facă cât mai puține malaxări pe vasul trombozat;*

d) *Să se evite leziunea nervului safen intern.*

6. Cum trombophlebită safenei interne poate transforma vasul într'un cordon șerpuitor cu boseluri voluminoase mai ales în regiunei gambei, după rezecuția venei bolnave, rămâne un exces de piele, care trebuește extirpat sub forma unui lambou eliptic, realizând astfel ciorapul anatomic al lui Schwartz.

Văzută și bună de imprimat.

Preşedintele Tezei,
Prof. Dr. C. DANIEL

Decanul Facultăţii,
Prof. Dr. MINOVICI MINA

In afară de subiectul tezei candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală, ce i s'ar pune de către juriul examinator.

BIBLIOGRAFIE

Broca. — Revue de chirurgie 1898.

Lejars. — Phlébites latentes ches les variqueux.

A. Mayor. — Thrombose et embolie.

Dieulafoy. — Manual de pathologie interne.

Duplay et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Debove et Achard. — Manual de médecine.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire T. IV. Paris 1897.

Hunter. — Inflamation des veins T. III p. 643.

Raymond. — Leçon de chirurgie p. 261. Bulletin de la societé anatomique 1905.

Schwartz. — De la phlebite variqueuse. Presse medicale 1896.

Vaquez. — De la phlébite des membres. Cliniques de la charité 1894.

E. Forque. — Pathologie externe — Phlébite et Thrombose.

C. Croixmarie. — Contribution à l'étude des phlébites. Leur traitement par la mobilisation précoce.

Ch. Remy. — Traité des varices des membres inférieures et de leur traitement chirurgical. Paris 1901.

Gautier. — Embolie par phlébite variqueuse : Bulletin de la societé anatomique 1879.

Maygrier et Schwab.—Précis d'obstétrique.